VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **Komisji Administracji i Cyfryzacji (nr 112)**
- **Komisji Zdrowia (nr 190)**

z dnia 23 kwietnia 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Administracji i Cyfryzacji (nr 112)

Komisji Zdrowia (nr 190)

23 kwietnia 2015 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Andrzeja Orzechowskiego (PO)**, przewodniczącego Komisji Administracji i Cyfryzacji, rozpatrywała:

– informację na temat informatyzacji systemu ochrony zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Bogdan Dombrowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji wraz ze współpracownikiem, **Krzysztof Fit** doradca techniczny i **Paweł Korzeniowski** główny specjalista w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Julita Jaśkiewicz** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Kędzierski** dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, **Marek Weselak** starszy specjalista w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej ze współpracownikiem, **Sławomir Cieśliński** szef Polskiej Izby Informatyki i Telekomunikacji, **Sławomir Pazio** starszy specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia ze współpracownikiem, **Zyta Kaźmierczak-Zagórska** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Ryszard Kowski** wiceprzewodniczący Komisji ds. Procedur i Audytów Klinicznych Zewnętrznych w Radiologii, **Robert Mołdach** i **Anna Szczerba** eksperci Pracodawców RP, **Ryszard Olszanowski** prezes Izby Gospodarczej Medycyna Polska ze współpracownikiem, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych ze współpracownikiem, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" wraz ze współpracownikami, **Paulina Skowrońska** dyrektor Biura Polskiej Izby Przemysłu Farmaceutycznego i Wyrobów Medycznych POLFARMED, **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Zenon Wasilewski** ekspert Business Centre Club oraz **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Grażyna Kućmierowska**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatów Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Szanowni państwo, w imieniu przewodniczącego Komisji Zdrowia, Tomasza Latosa i prezydiów Komisji Administracji i Cyfryzacji oraz Zdrowia, a także w imieniu własnym, otwieram wspólne posiedzenie tychże Komisji. Wśród zaproszonych gości witam pana Sławomira Neumanna, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, pana Bogdana Dombrowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji wraz ze współpracownikami i panią Julitę Jaśkiewicz zastępcę przesra Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw finansowych wraz ze współpracownikami. Witam wszystkich państwa posłów i wszystkich gości, którzy przybyli na wspólne posiedzenie Komisji Zdrowia oraz Administracji i Cyfryzacji. Stwierdzam kworum.

W porządku dziennym posiedzenia mamy rozpatrzenie informacji na temat informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że Komisje przyjmują zaproponowany porządek dzienny. Sprzeciwu nie słyszę, przechodzimy zatem do realizacji porządku dziennego.

Wszyscy państwo posłowie otrzymali materiały z Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji oraz NFZ, myślę więc, że przejdziemy teraz do krótkich

i treściwych informacji na ten temat. Proponowałbym, żeby odbyło się to w następującym porządku. Najpierw przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, w następnej kolejności, według dyspozycji pana ministra, a ewentualnie na koniec Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji. Później ewentualne pytania i dyskusja. Szanowni państwo, panie ministrze, jeśli można, to proszę bardzo.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Dziękuję, panie przewodniczący. Wysłaliśmy państwu materiał pisemny, jak pan wspomniał. Mamy też przygotowaną prezentację, którą przedstawi pan dyrektor Kędzierski, i myślę, że od tego zaczęlibyśmy dyskusję, bo to przybliży wszystkim temat i będzie łatwiej o tym później dyskutować. Proponowałbym więc rozpocząć od prezentacji, po czym przejść do dyskusji.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Bardzo proszę.

Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Marcin Kędzierski:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, nazywam się Marcin Kędzierski i reprezentuję Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Postaram się dość ogólnie opowiedzieć państwu o założeniach całego Systemu Informacji w Ochronie Zdrowia oraz o wszystkich najważniejszych inicjatywach, które w tej chwili są realizowane.

Szanowni państwo, otóż, kontekst całej logiki informatyzacji skupia się wokół ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. Dodam, że ustawa obecnie jest nowelizowana i doprecyzowywana odnośnie do tych inicjatyw, które są w toku, ale ta ustawa, tak naprawdę, definiuje model przepływu danych w systemie ochrony zdrowia i nie należy tego mylić w żaden sposób z systemem informatycznym. Rzeczywiście, na ten system informacji składają się takie duże systemy, jak budowany obecnie przez CSIOZ System Informacji Medycznej uzupełniony o systemy dziedzinowe w systemie ochrony zdrowia, i to jest przede wszystkim System RUM NFZ, a również System Statystyki w Ochronie Zdrowia, System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, System Monitorowania Zagrożeń, System Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej, System Monitorowania Kosztów Leczenia, System Obrotu Produktami Leczniczymi i System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych. Uzupełnieniem tych baz danych są również poszczególne rejestry medyczne, które funkcjonują w systemie ochrony zdrowia i są lub były utworzone przez Ministra Zdrowia.

Kilka słów na temat samego CSIOZ. Jesteśmy jednostką podległą Ministerstwa Zdrowia, stanowiącą swoistego rodzaju zaplecze kompetencyjne w zakresie IT. To, co udało nam się zrobić w ciągu ostatnich dwóch lat, to zmodernizować i przenieść na nowoczesną platformę technologiczną systemy, które obsługują cały Rejestr Aptek, Rejestr Hurtowni Farmaceutycznych, Rejestr Produktów Leczniczych. Przeniesiono do CSIOZ Krajowy Rejestr Dawców Krwi. Utworzono, i funkcjonuje, Rejestr inVitro. Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych przeniesiono do CSIOZ i zmodernizowano. Zbudowano System Informatyczny Rezydentur, Rejestr Systemów Kodowania oraz przeniesiono na platformę CSIOZ Rejestr Diagnostów Laboratoryjnych.

To udało się nam zrobić przez ostatnie dwa lata. Niemniej jednak, dzisiaj najważniejszymi inicjatywami, jakie realizujemy, to Platforma P1, która składa się dwudziestu czterech dużych podsystemów informatycznych, która dostarczy cały szereg usług elektronicznych przeznaczonych dla środowiska medycznego czy pacjenta – zaraz będę o tym mówić. Celem głównym tego projektu jest oczywiście dostarczanie platformy usług publicznych przeznaczonych dla systemu ochrony zdrowia. Główne korzyści, które mają płynąć z realizacji tego projektu, to oczywiście możliwość, na przykład, wystawiania i realizacji recept elektronicznych, elektronicznych skierowań, elektronicznych zleceń, wsparcie wymiany dokumentacji medycznej pomiędzy podmiotami leczniczymi, możliwość dostępu i uzyskania danych z elektronicznych zwolnień lekarskich, oczywiście możliwość zamieszczania w systemie wpisów własnych, informacji o danych krytycznych pacjenta i, na przykład, możliwość wyszukania kontaktu z konkretnym personelem medycznym.

Widzą państwo rysunek poglądowy, który w bardzo ogólny sposób pokazuje, jak, i z jakich komponentów składa się cała Platforma P1. Jak mówiłem, to 24 podsystemy – duże systemy medyczne – których centralnym komponentem jest Szyna Usług. Okienka, które są zaznaczone kolorem zielonym, szanowni państwo, to są systemy, które już zostały odebrane, przetestowane, i CSIOZ już się stał ich właścicielem – właścicielem kodów źródłowych. Te 4 podsystemy, które są zaznaczone kolorem żółtym, są w trakcie wytwarzania lub w trakcie testowania. Nie ukrywam, że obecnie trwają już testy laboratoryjne poszczególnych rozwiązań i poszczególnych podsystemów, abyśmy mogli w najbliższym czasie rozpocząć uruchamianie poszczególnych usług elektronicznych w kraju.

Przyjęty harmonogram przewiduje 4 główne wydania systemu. Po każdym wydaniu uruchomiona zostanie pula usług. Pierwsze wydanie zaplanowane jest na koniec lipca tego roku, po którym chcemy uruchomić całą Platformę Publikacyjną Ministra Zdrowia, zasilić danymi wszystkie rejestry, systemy, oraz udostępnić wszystkie wyszukiwarki, jakie ta Platforma będzie udostępniać. Będzie można znaleźć bez problemu konkretną placówkę, konkretny profil, konkretnego pracownika medycznego.

Drugie wydanie jest planowane na przełom sierpnia i września. Jego zakres jest już dużo większy. Jest to moment, w którym, tak naprawdę, rozpocznie się zasilanie danymi Systemu Informacji Medycznej. Od tego już pewnie nie będzie odwrotu. Pierwsze podmioty lecznicze zostaną podłączone i zaczną przekazywanie danych o usługach medycznych do Platformy P1.

Kolejne wydanie – przełom września i października – to już możliwość wystawiania i realizacji recept elektronicznych, i ostatnie wydanie – na koniec listopada – pozostały zakres projektu, w tym skierowania, zlecenia, hurtownia danych, usługi... Przepraszam, to nie ja.

Postaram się państwu pokrótce zaprezentować, jak będzie wyglądać od strony praktycznej realizacja, na przykład, recepty elektronicznej czy skierowania lub zlecenia dla tych osób, które oczywiście zdecydują się na korzystanie z Platformy P1, bo – co istotne – posiadanie, na przykład, Internetowego Konta Pacjenta, które jest jednym z produktów Platformy P1, nie jest obowiązkowe. Jeżeli ktoś, z różnych względów, nie zdecyduje się na korzystanie z tego systemu, bo nie chce, nie lubi, nie czuje takiej potrzeby...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie dyrektorze, mam sugestię, bo jest jakieś sprzężenie, buczenie, niech pan spróbuje odwrócić mikrofon w innym kierunku, bo za panem stoi głośnik, i może to mikrofon z głośnikiem powoduje takie sprzężenie. A ponadto, jeżeli ktoś ma włączony mikrofon, to proszę go wyłączyć, żeby tylko jeden był włączony. Bardzo proszę.

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Mam nadzieję, że będzie mnie dobrze słychać.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że lepiej odwrócić w drugą stronę – nie mikrofonem do kolumny, tylko przeciwnie, a pana będziemy słyszeć. Dobrze?

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Tak, jak mówiłem, posiadanie czy korzystanie z Internetowego Konta Pacjenta nie będzie obowiązkowe. Jeżeli ktoś nie zdecyduje się na korzystnie z tych usług, będzie leczony dokładnie na tych samych zasadach, jak odbywa się to dzisiaj.

Szanowni państwo, poglądowy proces wystawiania i realizacji recepty będzie wyglądać następująco. Otóż, lekarz, przy użyciu systemu informatycznego, czy to szpitalnego, czy gabinetowego, czy też, co istotne, korzystając z Aplikacji Usługodawców i Aptek, którą my dostarczamy w ramach Platformy P1 jako jeden z podsystemów – jest to darmowa aplikacja, przy pomocy której będzie można wywiązać się ze wszystkich obowiązków płynących z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, czyli wystawić, zapisać receptę, przekazać informację o usługach medycznych do systemu – wystawia i cyfrowo podpisuje taką receptę elektroniczną, generując tym samym klucz recepty, którym jest kod kreskowy plus czterocyfrowy kod dostępowy. Ten dokument elektroniczny zostaje zapisany w Platformie P1 i tym samym, w momencie zapisania, dla tych osób, które

będą mieć swoje konta w Platformie P1, w zależności od tego, jak w ustawieniach konta pewne rzeczy zdefiniują, automatycznie jest generowany SMS na podany numer telefonu z kodem dostępowym i informacją „proszę przygotować numer PESEL”. I numer PESEL wraz z czterocyfrowym kodem należy podać w aptece. Na tej podstawie aptekarz będzie mieć dostęp do tej recepty. To mu wystarczy, żeby zrealizować taką receptę.

Szczególnie istotne, szanowni państwo, jest to, że dla osób, które jednak nie zdecydują się korzystać z IKP, zawsze będzie obowiązek wystawienia dokumentu papierowego. Tu przedstawiona jest wizualizacja takiego dokumentu. Taki dokument – to jest potwierdzenie wystawienia recepty – wystarczy pokazać farmaceucie w aptece. Farmaceuta, przy pomocy czytnika kodów kreskowych, bez problemu zrealizuje taką receptę.

Dla tych, którzy będą chcieli jeszcze korzystać z IKP – jak mówiłem – można albo podać nr-kod i nr PESEL z SMS-a, albo przedstawić farmaceucie wizualizację dokumentu recepty, który otrzymamy na maila. Ze smartfona można sczytać kod takiej recepty czytnikiem kodów kreskowych. Nie wymaga to w ogóle noszenia jakichkolwiek dokumentów papierowych. Mamy więc obsłużony całkowicie zarówno proces nie papierowy, jak i ten, do którego społeczeństwo jest mocno przywiązane, i pewnie jeszcze przez jakiś czas będzie przywiązane, czyli papierowy.

Realizacja recepty w aptece odbywa się w ten sposób – jak mówiłem – że pacjent przekazuje farmaceucie konkretny klucz tego dokumentu lub kod dostępowy i nr PESEL, lub wydruk. Na tej podstawie farmaceuta ma dostęp do recepty w Platformie P1 i realizuje receptę. Po jej realizacji, informacja o realizacji recepty trafia do Platformy P1 i tam jest zapisywana.

Jeżeli chodzi o zlecenie elektroniczne na zaopatrzenie, na przykład, w środki ortopedyczne, proces jest niemalże identyczny, z tą tylko różnicą, że w całym procesie bierze jeszcze udział Narodowy Fundusz Zdrowia, który po drodze potwierdza uprawnienia do otrzymania konkretnych świadczeń. I taki wystawiony elektroniczny dokument zlecenia jest z Platformy P1 przekazywany do systemu NFZ. Tam odbywają się procesy weryfikacji uprawnień, po czym pacjent otrzymuje komunikat zwrotny, że zlecenie może być zrealizowane. Realizacja następuje później, czy to w aptece, czy w sklepach medycznych, które realizują te zlecenia, też przy użyciu kodu dostępowego z PESEL-em lub klucza dokumentu. Informacja o realizacji trafia na koniec do Platformy P1.

E-skierowanie – bardzo podobny proces. Istotną rzeczą, jaką przy tej okazji należy zaznaczyć, jest to, że na podstawie elektronicznego skierowania pacjent będzie mógł się wpisać wyłącznie na jedną listę oczekujących. Będzie się to odbywać w ten sposób, że do wciągnięcia się na listę oczekujących trzeba będzie podać numer takiego skierowania. Wpisując numer takiego skierowania, wciągając pacjenta na listę oczekujących, informacja o przypisaniu tego konkretnego skierowania do konkretnej listy oczekujących będzie przetwarzana w systemie P1. Na podstawie tego skierowania nie będzie można wpisać się już na żadną inną listę, aczkolwiek jest dostępna możliwość zmiany kolejki. Można przecież wyobrazić sobie sytuację, że pacjent uzna, iż chce to świadczenie realizować w innym miejscu, bo tam przyjmą go szybciej, są może inni pracownicy medyczni, z jakichś względów chce zmienić kolejkę. Oczywiście, będzie mógł wypisać się z tej kolejki. Automatycznie jakby uwolnimy to elektroniczne skierowanie – ono będzie oznaczone jako wolne – i na jego podstawie będzie można wpisać się na inną listę. Pacjent będzie mógł to zrobić – oczywiście, tutaj schemat jest podobny – przy pomocy SMS-ów, e-maili czy wydruków.

Kluczową rzeczą, do której przygotowywana jest również Platforma P1, jest możliwość zbierania informacji o wszystkich usługach medycznych czy też o każdym kontakcie pacjenta z systemem ochrony zdrowia, niezależnie od tego, kto jest płatnikiem tych świadczeń. To znaczy, w samym Internetowym Koncie Pacjenta będziemy później prezentować informacje, gdzie pacjent był, jakie rozpoznanie nastąpiło, jaką zastosowano procedurę – dziewiątka, dziesiątka – plus oczywiście informacja o tym, gdzie znajduje się dokumentacja medyczna pacjenta wytworzona przy okazji udzielania tej usługi medycznej, czyli, tak naprawdę, informacja o tym, w którym systemie informatycznym którego świadczeniodawcy znajduje się ta dokumentacja medyczna. My mówimy o tym, że wraz z ogólnym opisem zostaje przekazywany również indeks elektronicznej dokumentacji

medycznej. To są te niezbędne dane, które pozwalają identyfikować, gdzie ta dokumentacja się znajduje, i wspierają mechanizmy wymiany dokumentacji medycznej pomiędzy świadczeniodawcami po to, aby pacjent mógł samodzielnie i szybciej mieć dostęp do tej dokumentacji i nie musieć biegać od świadczeniodawcy do świadczeniodawcy i zbierać dokumentację medyczną, czy też udzielić pełnomocnictwa i umożliwić pobranie tej dokumentacji medycznej przez wybranego pracownika medycznego innego świadczeniodawcy.

Wymiana tej dokumentacji medycznej będzie odbywać się w ten sposób, że... Oczywiście, my przygotowujemy usługi elektroniczne, które będą wspierać ten mechanizm, a będzie się to odbywać w ten sposób, że z systemu gabinetowego, szpitalnego czy z Aplikacji Usługodawców i Aptek będzie można wygenerować wniosek o dostęp do dokumentacji medycznej czy też zamówienie tej dokumentacji. Konstrukcja systemu jest taka – co należy podkreślić – że my nie gromadzimy w Platformie P1 wszystkich informacji o wszystkich osobach, o wszystkich świadczeniach i jeszcze gromadzimy dokumentację medyczną. My chcemy gromadzić tylko pewien niezbędny ekstrakt danych, które umożliwią nam później wsparcie procesu leczenia pacjenta. Ta dokumentacja medyczna i szczegółowe dane medyczne będą się zawierać w dokumentacji medycznej, która – tak, jak dzisiaj – będzie w przyszłości wytwarzana i przechowywana przez świadczeniodawcę. Wiemy dobrze, że świadczeniodawcy muszą tę dokumentację przechowywać przez minimum 20 lat.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie dyrektorze, gorąca prośba. Czy można byłoby tę prezentację przeprowadzić szybciej, bo są jeszcze inne resorty, a pewnie i pan minister będzie chciał coś powiedzieć? Tak więc, prośba o przyspieszenie tempa...

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Postaram się, panie przewodniczący, aczkolwiek materia jest tak złożona i skomplikowana, że przyznam szczerze, że jesteśmy dopiero w ¼ tej prezentacji.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Właśnie tego się obawiam, że nie wystarczy czasu na dyskusję. Dlatego prosilibyśmy, tym bardziej, że na pewno będą jeszcze pytania do pana...

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Pan dyrektor ma głos. Bardzo proszę.

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Szanowni państwo, ja na razie skupiam się tylko na Platformie P1, natomiast mamy jeszcze systemy, które są wytwarzane czy to w ramach projektu P4, czy wytwarzane ze środków budżetowych – systemy obsługi list refundacyjnych, systemy informatyczne rezydentur, System Monitorowania Kosztów Leczenia. Tych inicjatyw jest sporo...

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Przepraszam na chwilę. Mamy możliwość korzystania z tej sali do godziny 16.00, więc łącznie z dyskusją musimy zakończyć do godziny 16.00. Bardzo więc proszę o skondensowaną informację.

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Postaram się. Po wygenerowaniu takiego wniosku do Platformy P1, która jakby wspiera, służy jako broker komunikacyjny pomiędzy świadczeniodawcami, autoryzuje i przekazuje taki wniosek do odpowiedniego świadczeniodawcy – oczywiście, jeżeli jest zgoda pacjenta na udostępnienie tej dokumentacji – to wymiana dokumentacji medycznej następuje już poza Platformą P1. Natomiast, rzeczywiście do P1 trafia informacja o fakcie wymiany takiej dokumentacji, chociażby po to, żeby pacjent w swoim raporcie, którego może sobie zażyczyć, widział, kto i kiedy do tej dokumentacji zaglądał.

Jednym z produktów, jaki dostarczamy w ramach Platformy P1, jest Internetowe Konto Pacjenta, w ramach którego staramy się gromadzić wszystkie informacje niezbędne do prezentacji ogólnej informacji o kontakcie pacjenta z systemem ochrony zdrowia, o wszystkich wystawionych i zrealizowanych receptach, skierowaniach, zleceniach, wykonanych usługach medycznych, rozpoznaniach, zastosowanych procedurach, w tym

również mechanizmy wspierające wymianę dokumentacji medycznej, wyszukiwarki personelu medycznego, wyszukiwarki świadczeniodawców, całą historię leczenia pacjenta, możliwość wpisywania danych krytycznych. Ten produkt już jest odebrany. Do publicznej prezentacji Internetowego Konta Pacjenta doszło – jeśli się nie mylę – w październiku ubiegłego roku. Oczywiście, na podstawie tych wszystkich informacji, danych, które będziemy gromadzić, a będą to pewnie miliardy rekordów... Jednym z produktów jest Hurtownia Danych, na podstawie której czy to minister zdrowia, czy uprawnione instytucje, będą prowadzić głęboką analizę i statystyki, chociażby po to, żeby móc wesprzeć się w procesie planowania opieki zdrowotnej.

Kilka krótkich zrzutów ekranowych, na przykład, jak wyglądają poszczególne aplikacje. Tu jest widok...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Niech pan tego nie pokazuje, przepraszam. Ja siedzę najbliżej i nie jestem w stanie tego przeczytać, a ktoś, kto siedzi dalej, w ogóle tego nie czyta. Niech pan w dwóch zdaniach powie, co jest na ekranie.

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Przykro mi bardzo. Jest taki ekran. Nic więcej nie mogę pokazać, ale wiem, że państwo posłowie prezentację otrzymali... Tu jest zrzut ekranowy samego...

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Bardzo przepraszam, ale proszę nie przeszkadzać w wystąpieniu. Panie dyrektorze, proszę kontynuować.

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Szanowni państwo, tu jest widok Platformy Publikacyjnej, i co istotne, po lewej stronie – nie wiem, czy to będzie widoczne – są te zaimplementowane wyszukiwarki świadczeniodawców czy pracowników medycznych, czego dzisiaj nie ma, co dzisiaj nie funkcjonuje. Na podstawie tego, wraz z wizualizacją mapową, będziemy wiedzieć, gdzie jest jaki świadczeniodawca, o jakim profilu, jakich świadczeń udziela, łącznie z informacją, w jaki sposób zapisać się na konkretną usługę medyczną u tego świadczeniodawcy.

Aplikacja Usługodawców i Aptek to aplikacja darmowa dla pracowników medycznych, którzy z różnych względów nie zdecydują się na zakup z własnych środków oprogramowania gabinetowego czy innego. Aplikacja Obsługi Podejrzeń Nadużyć – wykrywanie nadużyć.

Kilka zdań na temat Platformy P2, która stanowi swoistego rodzaju nowoczesną platformę technologiczną dla przenoszenia i kumulacji systemów medycznych funkcjonujących w ochronie zdrowia. Dzisiaj znajdują się tam wymienione przeze mnie wcześniej systemy. Cały czas prowadzimy jednak dalsze prace nad kolejnymi systemami. Chcielibyśmy przenosić kolejne podsystemy, oczywiście za zgodą gestorów. Jeżeli to będą nowe systemy, jak na przykład Rejestr Ratowników Medycznych i Dyspozytorów, zapewne też znajdą się na Platformie P2.

Projekt P4 skupia się przede wszystkim na realizacji pięciu dużych systemów informatycznych dziedzinowych dedykowanych. Jak mówiłem, jest to nowy System Statystyki, System Monitorowania Zagrożeń, w ramach którego będziemy zbierać informacje o chorobach zakaźnych i wszystkich zagrożeniach i gdzie dostarczymy Resortowy System Wczesnego Ostrzegania – Informację o Niepożądanych Działaniach Leków, System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, który, tak naprawdę, będzie wskazywać ruch konkretnego leku w całym Systemie Ochrony Zdrowia, począwszy od zwolnienia konkretnej partii leku od producenta, aż po fakt sprzedaży tego leku pacjentowi, System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych i System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia.

System Ewidencji oparty jest na rozporządzeniu Ministra Zdrowia, w ramach którego zostały zidentyfikowane 22 urządzenia medyczne o kluczowym znaczeniu dla opieki zdrowotnej. Ten System jest w trakcie wytwarzania. Planujemy dostarczenie go w IV kwartale tego roku. Będzie się to odbywać tak, że te informacje o posiadanych konkretnych zasobach będą przekazywane przez podmioty lecznicze do systemu po to, aby

z tych informacji mógł korzystać Minister Zdrowia czy też Narodowy Fundusz Zdrowia, na przykład, przy okazji kontraktowania. Te informacje będą też zbierane dla pacjentów, żeby pacjenci wiedzieli, jeżeli będzie to ich interesować, gdzie i jaki sprzęt medyczny się znajduje, na przykład, a także na potrzeby kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia. Pokrótce to tyle.

System Monitorowania Zagrożeń zakłada zbieranie w postaci elektronicznej tych informacji, które dzisiaj lekarze z reguły muszą przekazywać do GIS czy sanepidu w formie papierowej – przede wszystkim podejrzenie lub rozpoznanie zakażenia chorobą zakaźną, zgłoszenie dodatniego wyniku badań laboratoryjnych, meldunek o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę, niepożądany odczyn poszczepienny, niepożądane działanie produktu leczniczego i niepożądane działanie produktu leczniczego weterynaryjnego. Te informacje będziemy zbierać elektronicznie. Na podstawie tych informacji powiatowe stacje epidemiologiczne, wojewódzkie czy GIS będą mogły prowadzić odpowiednie analizy, chociażby po to, żeby stwierdzić, czy rzeczywiście na danym obszarze zachodzi podejrzenie epidemii czy nie. Jeżeli taka sytuacja wystąpi, to jednym z podsystemów tego systemu jest RSWO, czyli Resortowy System Wczesnego Ostrzegania, który zawiera kanał komunikacyjny z podmiotami leczniczymi, aby przekazywać niezbędne informacje tego typu.

System Statystyki – nowy System Statystyki przystosowany do nowej platformy technologicznej, w ramach którego będziemy zbierać wszystkie formularze MZ, do których jesteśmy zobligowani, czy Minister Zdrowia jest zobligowany, a które wynikają z programu badan statystycznych...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

A jest na to zgoda GUS?

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Już kończę. System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi. Jak mówiłem, założeniem tego Systemu jest zbieranie informacji o przepływie, czy drodze przepływu konkretnego leku od momentu wyprodukowania do momentu sprzedaży, czyli, w momencie, kiedy podmiot odpowiedzialny zwalnia serię produktu do Systemu i my to przetwarzamy. W momencie, kiedy hurtownia przyjmuje tę partię leków na swój stan, taki komunikat trafia do systemu i mamy informację o stanie magazynowym hurtowni. Następnie, z hurtowni do apteki – tu trafia komunikat o zejściu leku ze stanu magazynowego, a w aptece o wejściu tego leku na stan magazynowy. I ten sam proces dotyczy momentu, kiedy nastąpi sprzedaż pacjentowi.

Ostatni system, o którym chciałbym powiedzieć, to System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, którym obejmujemy przede wszystkim środowiska lekarzy, diagnostów, farmaceutów, pielęgniarek, ratowników medycznych. Oczywiście przystosowujemy system w taki sposób, żeby w momencie, kiedy będzie potrzeba obsługi kolejnych innych zawodów medycznych, mających zastosowanie w systemie ochrony zdrowia, będzie można ten system rozszerzyć. Zakładamy, że CMKP, które jest odpowiedzialne za programy specjalizacji, przy pomocy SMK będzie mogło te programy ogłaszać, a urzędy wojewódzkie będą zgłaszać zapotrzebowanie na konkretnych specjalistów. System będzie też prezentować informację o wszystkich podmiotach, które mogą realizować konkretne kursy czy też wspierać proces uzyskania akredytacji na udzielanie konkretnych szkoleń. W momencie, kiedy już zostaną wyznaczone akredytowane jednostki, programy specjalizacji będą określone, pracownicy będą mogli zgłaszać się na konkretne specjalizacje. Po przyjęciu zgłoszenia i przejściu całej procedury weryfikacji zostanie wystawiona tak zwana Elektroniczna Karta Szkoleń, którą, po pierwsze, sam pracownik będzie musiał aktualizować, a po drugie, kierownik specjalizacji zatwierdzać cyklicznie aktualizacje tych danych w EKS.

Poza tym, zamierzamy wesprzeć proces obsługi zgłoszeń na egzaminy medyczne. Będą składane wnioski elektroniczne, weryfikowane poprzez SMK, a na koniec będą prezentowane przez Centrum Egzaminów Medycznych listy osób przystępujących do egzaminów.

Szanowni państwo, jeszcze kilka zrzutów ekranowych, żeby pokazać, jak te systemy wyglądają. Szybciej już nie umiałem. Przepraszam, jeśli to długo trwało.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Zapoznaliśmy się ze wszystkimi Platformami P1, P2 i P4 oraz wszystkimi systemami monitorowania. Czy ze strony resortu zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia jest jeszcze potrzeba dodania czegoś? Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Warto dodać, że proces legislacyjny związany z pewnymi zmianami w prawie, które są konieczne, żeby ten system funkcjonował, jest obecnie na etapie ostatnich uzgodnień wewnątrz rządu. Jutro staje na posiedzeniu Komitetu do Spraw Cyfryzacji. Myślę więc, że ta ustawa jeszcze przed wakacjami trafi do parlamentu.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Bardzo dziękuję. Przypominam, że mamy materiały na piśmie i na iPadach, jeżeli chodzi o Ministerstwo Zdrowia, i jeśli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia.

Czy ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia jest chęć zabrania głosu? Bardzo proszę, pani prezes.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Julita Jaśkiewicz:

Panie przewodniczący, Szanowne Komisje, są 3 rzeczy dodatkowe, czyli systemy, które funkcjonują w tej chwili – mają to oczywiście państwo w materiałach – systemy eWUŚ, ZIP i ostatni DILO, czyli obsługa karty w leczeniu onkologicznym, systemy funkcjonujące 24h w pełnym serwisie. Tak więc Narodowy Fundusz Zdrowia robi wiele rzeczy w zakresie informatyzacji, ale także mocno współpracuje w Projektach od P1 do P4. O krótkie szczegóły prosiłabym dyrektora Departamentu Informatyki, pana Marka Ujejskiego.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora Departamentu Informatyki NFZ Marek Ujejski:

Dziękuję. Pani prezes, panie przewodniczący, szanowne posłanki, szanowni posłowie, szanowni państwo, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w piśmie z marca tego roku przedłożył na ręce przewodniczącego Komisji szczegółową informację dotyczącą systemów wytworzonych przez NFZ, zarówno tych, które już osiągnęły pełną dojrzałość eksploatacyjną, tych, które są w fazie ciągłego rozwoju, jak i tych, które są planowane w przyszłości. Od dnia złożenia pisma nie zaszły wielkie ilościowe zmiany, pozwolę więc sobie krótko omówić tylko podstawowe systemy, które są wspomniane w tym piśmie.

Ponad rok temu miałem przyjemność zaprezentowania przed Komisją Zdrowia systemu eWUŚ, odpowiadając na szczegółowe pytania dotyczące tego systemu. Mogę potwierdzić, że system przez ponad 2 lata swojej eksploatacji dowiódł swojej dojrzałości, i – tak, jak jest przedstawione w piśmie – z punktu widzenia obecnego stanu legislacyjnego i rzeczywistych potrzeb służby zdrowia oraz potrzeb określonych wymogami ustawy, na razie nie ma potrzeby wprowadzania dalszych zmian, poza oczywistymi usprawnieniami technicznymi, o których powiem za chwilę. Natomiast, jeżeli przejdzie do końca proces legislacyjny, o którym wspominał pan minister, i ulegnie zmianie ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to może nastąpić konieczność dostosowania do jednej istotnej zmiany, a mianowicie, umożliwienia dostępu do tego systemu lekarzom, którzy będą mieć w tej chwili prawo wystawiania recept bez umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. To nie spowoduje żadnej rewolucji technicznej. Nie jest to jakieś obciążenie, które spowodowałoby konieczność jakiejś przebudowy, ale uwzględniamy efekt, który z tego tytułu się pojawi – mam na myśli oczywiście efekt techniczny.

Podsumowując krótko. Przez te ponad 2 lata – przypominam, że system uruchomiono w styczniu 2013 r. – potwierdziły się założenia, które przyjęliśmy. Mianowicie, nastąpiło znaczące odciążenie społeczeństwa – jest to pozytywny efekt społeczny – w postaci braku konieczności przedstawiania papierowego dokumentu RMUA. Odbywa się to obecnie wyłącznie na podstawie przedstawionego dowodu tożsamości. Można powiedzieć, że miało to również pozytywny efekt rynkowy. Opublikowaliśmy wszystkie schematy wymagane do napisania aplikacji przez firmy działające na rynku i obsługujące świad-

czeniodawców. Firmy to wykorzystały i skutecznie wykonały oprogramowanie. Można powiedzieć, że w tej chwili praktycznie prawie wszyscy świadczeniodawcy – nie jest to jeszcze stuprocentowe, ale w niektórych województwach osiągamy taki współczynnik – już posiadają takie oprogramowanie i działają na bazie systemu eWUŚ. Mam na myśli weryfikację uprawnień. Można też powiedzieć, że zwiększyła się świadomość świadczeniobiorców, szczególnie tych, na których ciąży obowiązek zgłaszania do ubezpieczenia członków rodzin. To był bardzo duży problem. W wyniku znanych problemów – opisywanych przez media – świadczeniobiorcy zaczęli się interesować faktycznym statusem ubezpieczenia członków swoich rodzin, obserwujemy więc znaczącą i systematyczną poprawę z tego tytułu. Szczególnie dotyczy to młodzieży, która po ukończeniu 18 roku życia musi mieć niejako powtórnie potwierdzone prawo do świadczeń. Zatem, system eWUŚ niejako wymusił pozytywne działania.

Dokonaliśmy również wprzężenia systemu eWUŚ do systemu ZIP – Zintegrowanego Informatora Pacjenta – o którym powiem za chwilę, dzięki któremu każdy pacjent, który nie tylko jest ubezpieczony, ale też uprawniony, może zweryfikować historię świadczeń, jakie otrzymał w ramach działania tej ustawy, czyli, datę, kwotę, nazwę świadczeniodawcy. Istotnym elementem poprawiającym współdziałanie ze świadczeniodawcami było też zdjęcie ryzyka finansowego, gdyż w poprzednim systemie prawnym – mówię o poprzedniej wersji ustawy – w wypadku, gdy nastąpiła zmiana statusu pacjenta, Fundusz – zgodnie z przepisami ustawy – dochodził tej kwoty, która, według ówczesnego stanu prawnego, nie była należna świadczeniodawcy. Obecnie, jeżeli świadczeniodawca zweryfikuje status pacjenta i otrzyma odpowiedź pozytywną, co jest rejestrowane po obu stronach systemu, ryzyko ponosi Fundusz. I nawet, jeżeli w wyniku informacji przychodzących z ZUS, nastąpi zmiana tego statusu i – mówiąc popularnie – kolor pacjenta zmieni się z zielonego na czerwony, to Fundusz tych świadczeń od świadczeniodawców nie dochodzi.

Kolejnym ważnym efektem – rok temu również prezentowanym – było to, że nastąpiła znacząca poprawa jakości rejestrów państwowych. Mam na myśli rejestr PESEL Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz systemy ZUS-u i KRUS-u, gdyż wskutek tego, że system – jak można powiedzieć – bardzo intensywnie odpytuje dużą populację – każdego dnia wstawianych jest do systemu prawie 3 mln zapytań – następuje weryfikacja prawidłowości tych danych. W wyniku informacji kierowanych do tych instytucji jakość tych danych systematycznie ulega poprawie. Generalnie, odbiór tego systemu – jeśli chodzi o informacje, jakie mamy od świadczeniodawców, świadczeniobiorców, a także innych instytucji – jest bardzo pozytywny. Zatem, po dwóch latach można z całkowitą pewnością powiedzieć, że system został zrobiony celowo, po bardzo małych kosztach – co podkreślam – i spełnił swoją rolę. W wyniku kolejnych projektów system eWUŚ ulegnie nie tyle modyfikacji, ile zotanie wykorzystany w ramach projektu RUM II, o którym powiem na koniec mojego wystąpienia.

Drugi system – Zintegrowany Informator Pacjenta – uruchomiony nieco później, bo w połowie roku 2013, jest wciąż rozwijany. Czyli, w odróżnieniu od systemu eWUŚ, dodajemy do niego kolejne funkcjonalności. Najważniejszym elementem jest to, czego może dowiedzieć się pacjent o swoich świadczeniach, i to – co dodaliśmy niedawno – że może zweryfikować swój status ubezpieczenia przed pójściem do świadczeniodawcy, do lekarza.

Są jakby dwie części tego systemu. Mam na myśli to, co jest dostępne na zewnątrz. Część, która jest dostępna dla osób, które nie zdecydowały się założyć konta w systemie ZIP – to jest Twój Portal i zakładka, gdzie się leczyć. Jest on dostępny dla każdego. Natomiast Rejestr Usług Medycznych, o którym wspomniałem, dostępny po zalogowaniu, czyli po dokonaniu identyfikacji i uwierzytelnienia prawa do świadczeń, jest dostępny tylko dla osób, które zalogowały się, czyli wypełniły formalne wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Jako ciekawostkę powiem – myślę, że zainteresuje to szczególnie posłów z Komisji Administracji i Cyfryzacji – że mamy pełną statystykę, jak wzrastała liczba osób rejestrowanych w tym systemie, bo jest to dobra miara zainteresowania społeczeństwa wszelkiego typu usługami zdalnymi. Otóż, proszę państwa, te liczby – mam na myśli

liczby wydanych danych dostępowych do ZIP – przekroczyły nieco milion. Na dzisiaj jest to prawie 1.060.000 – tyle osób zdecydowało się założyć i skutecznie otrzymało dane identyfikacyjne – i asymptotycznie stabilizuje się od pewnego czasu. Można więc powiedzieć, że w Polsce można spodziewać się także w innych systemach tego typu, że będzie zainteresowanych nie więcej niż 1.200.000-1.300.000, góra 1.500.000. Myślę, że jest to potwierdzenie płynące z obserwacji zakładanych profili zaufanych na ePUAP. Po prostu, taka część społeczeństwa wykazuje zainteresowanie zdalnymi systemami dostępu. Jedyną drogą zmiany tego stanu rzeczy są akcje uświadamiające szeroko prowadzone przez media, które mogą wskazywać społeczeństwu korzyści płynące z takich rozwiązań.

Jeżeli chodzi o szczegółowe cele wdrożenia, nie będę już państwu o tym mówić, bo to wszystko jest zawarte w informacji pokazanej przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przejdę do omawiania systemów, które są świeżo w fazie wdrożenia lub są przewidziane albo częściowo realizowane projektowo.

Tak jak pani prezes wspomniała, system DILO ma na celu obsługę szybkiej ścieżki onkologicznej. System, uruchomiony w styczniu tego roku, działa skutecznie, choć oczywiście mogą państwo stwierdzić, że były jakieś problemy na początku roku. On w dużym stopniu, jeśli chodzi o część identyfikacji, uwierzytelnienia użytkowników, opiera się na tym, co zostało zrobione w systemie eWUŚ – Moduł Identyfikacji i Uwierzytelnienia – i obecnie działa bez większych zakłóceń. Jeżeli chodzi o dokładne liczby, które mogę państwu podać w tej chwili, to najbardziej interesujące – jak myślę – jest to, że wydanych kart aktywnych na dzień dzisiejszy, na godzinę 9.00 rano, było 92.418, kart anulowanych – 10.449, zamkniętych – 8.056, a średnia z ostatnich kilku dni to 1000 kart wystawianych dziennie.

Nie będę również zbyt dużo mówić o systemie KOLCE, który służy do rejestracji kolejek. Szczegółowe informacji na ten temat również są w piśmie przedłożonym przez prezesa. System jest w cyklu rozwojowym. Najważniejsze jest to, że poprawia informację dla pacjentów o tak zwanym pierwszym wolnym terminie. Sprawozdawczość obejmuje na razie kilkanaście tysięcy świadczeniodawców i te rodzaje świadczeń, które zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

I ostatni, ale – jak mówią, last but not least – nie mniej ważny, projekt RUM II. To jest projekt – jak można powiedzieć – przygotowany i rozwijany przez Narodowy Fundusz Zdrowia od niemal ośmiu lat, z różnymi problemami, o których panie posłanki i panowie posłowie pewnie słyszeli, przejściowo wiązany z projektem pl.ID, po zmianie decyzji Komitetu Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji w 2012 r., i decyzji Ministra Zdrowia, rozwijany jako projekt samodzielny. Obecnie NFZ zakończył wiele etapów. Jesteśmy w ostatniej testowej fazie Infrastruktury Klucza Publicznego – to jest jądro bezpieczeństwa tego systemu. Jesteśmy po dialogu technicznym, w którym przepytaliśmy 8 podmiotów, głównie zagranicznych, które – jak się spodziewamy – będą występować w postępowaniu na dostawę spersonalizowanych kart, i to postępowanie będzie obejmować 3 podstawowe produkty, a więc Kartę Specjalisty Medycznego – wspomnę tylko, że finansowaną generalnie przez Ministra Zdrowia, natomiast, według projektu ustawy, technicznie wydaną przez NFZ – Kartę Specjalisty Administracyjnego – to jest karta, która pozwoli pracownikom świadczeniodawcy wykonywać czynności niezbędne w tym systemie dla uwierzytelnienia i podpisywania informacji sprawozdawanych do Funduszu – i najważniejszą, Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, przewidzianą do wydania – mówiąc ogólnie – grupom uprawnionych z różnych źródeł finansowania, zależnie od tytułu prawnego, która – według projektu ustawy, o którym wspominał pan minister – będzie też dostępna dla osób niemających tytułu uprawniającego do uzyskania świadczeń, ale umożliwiająca wykonanie pewnych czynności, na przykład, identyfikacji, uwierzytelnienia, do systemów zdrowotnych, które w Polsce powstają. Mogą być takie sytuacje, że osoby, które w przeszłości były ubezpieczone, mogłyby uzyskiwać pewne informacje, ale wskutek tego, że to ubezpieczenie obecnie nie jest ważne, byłyby odcięte od tego źródła informacji. Dajemy więc możliwość odpłatnego nabycia takiej karty. To wszystko oczywiście pod warunkiem, że prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o SIOZ i innych ustaw potoczą się pozytywnie. Tak więc, przed Funduszem jest obecnie największe wyzwanie – przygotowanie i rozpisanie przetargu na dostawcę kart spersonalizowa-

nych. Mogę tylko wstępnie określić, że według aktualnego harmonogramu przewidujemy wydanie pierwszych kart – a będą to w pierwszej kolejności Karty Specjalisty Medycznego – na drugą połowę roku 2016. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi. Mamy już ostatnią informację, też przygotowaną na piśmie, ze strony Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji. Jest z nami pan minister Dombrowski, jeśliby więc zechciał powiedzieć kilka słów, to bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MAC Bogdan Dombrowski:

Szanowny panie przewodniczący, Wysokie Komisje, szanowni państwo, ja bardzo krótko, ponieważ informacja z naszej strony została przekazana do pań i panów posłów. W naszej opinii, jako instytucji pośredniczącej, działania podjęte przez beneficjenta w zakresie integracji wydają się właściwe. Podpisanie umowy z nowym Integratorem pozwala na kontynuowanie prac projektowych, a tym samym, zakończenie i rozliczenie tych inwestycji w okresie kwalifikowania wydatków w Programie Operacyjnym Innowacyjna Gospodarka. Oczywiście, niezbędne jest monitorowanie tego Projektu, ale jest on systematycznie monitorowany. Myślę, że jesteśmy zgodni z harmonogramem. Oczywiści musimy monitorować także wszelkie zagrożenia, ale, zgodnie z harmonogramem, wydaje się, że Projekt nie jest zagrożony.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Bardzo dziękuję panu ministrowi. Jesteśmy teraz na takim etapie, że możemy otworzyć dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Zgłaszają się pani poseł Hrynkiewicz i pan poseł Piontkowski. Czy jeszcze ktoś z państwa?

Udzielam głosu pani przewodniczącej Hrynkiewicz. Bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panowie ministrowie, szanowni państwo, gdyby wczoraj nie było posiedzenia Komisji Spraw Wewnętrznych i Komisji Administracji i Cyfryzacji, na którym omawialiśmy stan przygotowań do wyborów prezydenckich i stan rejestrów personalnych, które pozwalają stworzyć listy wyborców, i gdyby dzisiaj nie było debaty rano na sali sejmowej, to byłabym bardzo uspokojona tym, co państwo tu mówią. Ponieważ jednak wczoraj okazało się na podstawie informacji Krajowego Biura Wyborczego, że 30% gmin nie jest w stanie przygotować takich list wyborców, to mogę powiedzieć, że te same problemy odnoszą się także do tych rejestrów, o których państwo mówią.

To nie jest tak, że państwo będą... Tu nie ma jednej rzeczy, o której nie powiedział nam pan z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, jak będzie wyglądać druga strona, która ma zasilać ten system, bo przecież problemem tego zbioru pl.ID jest źródło, to, że tego się nie zasila. A pan pokazuje tu cały wykaz dużych systemów, które mają ten system zasilać. Mają zasilać regularnie, systematycznie, jeśli ma on być użyteczny. One muszą być aktualne i wiarygodne.

Oczywiście, w przypadku wyborów możemy powiedzieć, że państwo jest słabe, że się nie sprawdziło, że wybory są, jakie są, i przejść dalej, ale w tym przypadku mówimy o systemie za setki milionów złotych, który ma, czy miał, służyć temu, żeby polepszyć sytuację pacjenta. Tymczasem słyszę tutaj, że owszem, ma się polepszyć, ale sytuacja zarządzającego. Bardzo dobrze, ale co z tego wynika dla mnie, pacjenta. Muszę powiedzieć, że z tego, co widzę, to nic. Jeśli pan się chwali, że ma pan kontakty z pl.ID, to ja panu powiem, że słabe są te kontakty, bo tam nie działa bieżące zasilanie tego systemu. Tak samo pan mówi, że świetnie działa eWUŚ i mogę się dowiedzieć, ile kosztowało prześwietlenie czy wizyta u lekarza, i czy mam uprawnienia.

Zwracałam państwu uwagę na to, że w Polsce jest 10 mln ludzi, którzy w ogóle nie potrzebują takiego potwierdzenia, bo są po prostu stypendystami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub KRUS-u. I to jest sprawa jasna. A jeśli chodzi o wiadomość dla mnie o tym, że moje świadczenie kosztowało tyle, czy mniej, to dla mnie miałoby to sens, gdyby chodziło o to, że mam dopłacić do tego świadczenia, albo że państwo – ponieważ zapłaciłam bardzo wysoką składkę – zwrócą mi część tego, co wpłaciłam. Natomiast, to wszystko, to jest po prostu wesoła zabawa. Gdyby ona była tania, to powiedziała-

bym, że zmniejsza się trochę bezrobocie, ludzie nie są bezrobotni, coś robią, płacimy im ze środków publicznych, ale za tym idą ogromne środki i ogromne oczekiwania. Z tego, co słyszę, nic nie ma.

Czytam też w materiale z Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, że zakończenie miało być 30 czerwca, ale teraz będzie 15 grudnia. Dlaczego będzie 15 grudnia? Proszę państwa, to jest jasne. Dlatego, że jesienią będą wybory parlamentarne.

Pan minister Neumann mówi tak – jest już ostatnie... Nie będzie wyborów, panie ministrze? Będą. No właśnie, chyba będą. Może pan coś na ten temat wie. Ja na razie tylko... Przepraszam, że tak powiedziałam, może rzeczywiście coś pan wie na ten temat, że takich wyborów nie będzie. Mówię o tym dlatego, że pan minister mówi tak – ogromne zmiany legislacyjne, nie w kilkunastu, ale dziesiątkach ustaw, jeśli się dobrze temu przyjrzeć – te zmiany legislacyjne już są kierowane na posiedzenie Komitetu, Komitet będzie je rozpatrywać, a potem... Potem, panie ministrze do uzgodnień międzyresortowych, a potem do konsultacji. To nie jest tak, że te dokumenty przyjdą. To nie są takie dokumenty, że można zebrać kilkunastu posłów, napisać ustawę i w ciągu miesiąca zmienić. W związku z tym, panie ministrze, żaden 15 grudnia, dlatego, że, po pierwsze, nie ma jeszcze legislacji do tego.

Pan chwali się, że była prezentacja jakiegoś programu. A gdzie wdrożenia? Prezentacja, to prezentacja. Szefowa Krajowego Biura Wyborczego przyszła w grudniu i powiedziała radośnie, że ma już system informatyczny. Minęły 3 miesiące, przewodniczący Państwowej Komisji Wyborczej mówi – nieprawda, żaden system, ręcznie... Zatem, prezentacja, to prezentacja. A gdzie jest wdrożenie? Pokażcie cokolwiek. Wzięliście za 10 mln z ZUS, KRUS i skądś jeszcze dane, które tam są... Przecież ZUS wdraża ten system od 1996 r. i tam ciągle są zmiany. Kosztował już ponad 3 mld. I oczywiście, żaden 15 grudnia. Niech pan wycofa się z tej daty i nie pisze czegoś do posłów, o czym pan z góry wie, że jest to nieprawdziwe. To jest sygnowane przez pana ministra Dmowskiego, czy z upoważnienia pana ministra Dmowskiego. Wszystko jedno. Ktoś to podpisał w imieniu państwowego urzędu, że tak będzie, a wiemy, że nie będzie, bo, po pierwsze, nie ma legislacji, a po drugie, nawet gdyby legislacja była, gdyby ją pan dzisiaj położył na stole, to żaden Sejm jej nie przełknie w takiej ilości, i w takim terminie. To są ustawy, nad którymi trzeba będzie pracować wiele miesięcy. Nawet wtedy, kiedy będziemy pracować nad nimi, to będziemy pracować codziennie, bo będą one wymagać wielu uzgodnień, wielu zmian. Być może także zmian konstytucyjnych. To nie są proste sprawy. To pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Kiedy patrzę na tę prezentację, panie dyrektorze, to po prostu żal mi pana, dlatego, że mój student na drugim roku zrobi lepszą, sprawniejszą. Zrobi to szybciej, porządniej i gdybym mu to zadała, to zrobiłby to znakomicie. I naprawdę jestem nie tylko zmartwiona, ale i głęboko zażenowana poziomem tego, co państwo tu prezentują. Po prostu, przychodzicie do Sejmu – Sejm jest instytucją kontrolną w stosunku do rządu – i pokazujecie coś takiego, co jest na poziomie strasznym.

I moje pytanie do pana prezesa NFZ, do pana dyrektora od informatyki. Czy może pan pojechał do któregoś kraju i zobaczył, jak działa taki system? Na przykład, w Niemczech. Bo ja cały czas chciałam się odszukać w tym systemie jako pacjentka i zobaczyć, czy wszystkie te dolegliwości, które w tej chwili istnieją, znikną dla mnie jako pacjentki – mogę panu powiedzieć, że dość dobrze znam system niemiecki, bo spędziłam wiele miesięcy w tym niemieckim ośrodku informatycznym – i ja siebie nie odnalazłam. To, że państwo będą wykrywać nadużycia... Od wykrywania nadużyć są instytucje. Jest CBA, ABW, Centralne Biuro Śledcze. Zdaje się, że jest 11 takich instytucji, które świetnie to robią, i nie sądzę, żeby minister zdrowia – minister konstytucyjny do spraw zdrowia – czy administracji i cyfryzacji, był powołany do tego, żeby zajmować się nadużyciami. To jest zupełnie inna dziedzina. Jeśli pan już zaprezentował, jak krążą leki, jak one dążą od wytwórcy do konsumenta, to dlaczego mamy to, co mamy. Czemu w ciągu ostatnich tygodni musieliśmy szybko zmieniać ustawę?

Proszę państwa, jest tak dużo problemów, i jestem... Panie przewodniczący, być może powinniśmy opracować dezyderat i zwrócić się do Najwyższej Izby Kontroli o przepro-

wadzenie kontroli tego postępowania w zakresie informatyzacji w systemie ochrony zdrowia.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Taka kontrola – z tego, co wiem – była niejedna, natomiast, jeśli chcemy od innych wymagać rzetelności, to wymagajmy jej również od siebie. Odnośnie do tego, co pani dzisiaj powiedziała, pani przewodnicząca, na temat tych 30 gmin w Polsce...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

30% gmin...

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

...30% gmin w Polsce, to – o ile sobie przypominam – szefowa Krajowego Biura Wyborczego mówiła zupełnie inaczej niż pani. Tak więc, proszę, więcej rzetelności. Pan poseł Piontkowski.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Proszę sprawdzić w protokole.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, przy tej prezentacji pojawiło się kilka pytań, na które chciałbym uzyskać odpowiedź. Po pierwsze, wspominał pan dyrektor o tym, że lekarze nie będą musieli kupować żadnego nowego programu, bo wystarczy darmowy program, który tam się pojawił. Czy ta informacja o darmowym programie będzie dotyczyć wyłącznie lekarzy pierwszego kontaktu, czy również innych placówek medycznych, czy też, w związku z przejściem na system elektroniczny te placówki będą zobowiązane do zakupu jakiegoś nowego oprogramowania, innego niż dotąd używały? Jeżeli będzie potrzeba zakupu takiego nowego oprogramowania, to jak państwo szacują koszty tego oprogramowania, i jak to wpłynie na koszty funkcjonowania placówek medycznych.

Element drugi. Kiedy pan dyrektor reprezentujący NFZ zaczął przypominać o tych systemach informatycznych, które działają przy NFZ – tak to określę jako laik – pojawiło się od razu pytanie, które tu z paniami konsultowałem, jak te dwa systemy – NFZ i MZ – będą mieć się do siebie. Bo mam wrażenie, że ZIP i IKP, o których była tu mowa, będą funkcjonować równolegle. Czy tak? A jeśli się mylę, to prosiłbym o sprostowanie, bo jeśli miałoby to funkcjonować równolegle, to byłaby to chyba porażka. Stąd pytanie do pana dyrektora, który mówił na początku o unowocześnianiu baz danych, przechodzeniu na Platformę P1, P2 i P4, czy państwo w związku z tym zlikwidują część baz danych, które dotąd były, a nie znajdą się na którejś z tych Platform, aby nie utrzymywać równoległych systemów.

Element kolejny. Była tu mowa o spersonalizowanej karcie. Jak rozumiem, dotyczyło to na razie personelu medycznego – lekarzy, pracowników szpitali. Czy państwo przewidują, że takie spersonalizowane karty otrzymają również pacjenci? Jak rozumiem, te karty spersonalizowane mają doprowadzić do tego, żeby lekarzom łatwiej było zalogować się do systemu, nie mieli za każdym razem podawać kolejnego kodu i loginu, jaki będziemy posiadać. Czy państwo uznają, że pacjent dzisiaj już nie musi tego posiadać, wystarczy, że raz zaloguje się do Platformy, ZIP czy innego systemu i ten login powinien już mu wystarczyć, i powinien go pamiętać? Czy karta spersonalizowana dla pacjenta kiedykolwiek będzie, a jeśli nie, to dlaczego nie ma to sensu?

Kolejny element. Jakie efekty przewidują państwo po wdrożeniu tych wszystkich platform, bo z punktu widzenia pacjenta – tak, jak pan dyrektor z NFZ mówił – dotyczy to tylko bardzo skromnej części pacjentów – około 1-1,5 mln – a pacjentów mamy około 37 mln. Jeśli wykluczymy dzieci, które samodzielnie do systemu nie wchodzą, to mamy przynajmniej dwadzieścia kilka milionów pacjentów. Na razie z możliwości uzyskiwania informacji w tych systemach, które dotąd istnieją, aktywnie korzysta zaledwie znikomy procent. Czy państwo przewidują, że po wprowadzeniu jednolitej platformy liczba użytkowników takiego systemu elektronicznego wyraźnie się zwiększy? Gdy pan dyrektor systemów informatycznych przy MZ mówił o super korzystnej drodze dla pacjenta, bo przy pomocy SMS-a będzie mógł odebrać lek, to powiem szczerze, że to niewiele

zmienia, bo jeżeli tego leku nie będzie w aptece i będzie musiał czekać 2 dni, aż ten lek zostanie z hurtowni przywieziony, bo wiadomo, jakie są problemy, to czy będzie szedł z SMS-em, czy z receptą wydrukowaną na papierze, z jego punktu widzenia nic to nie zmienia. Dostępność do leku będzie niewielka.

Zatem, co jeszcze pacjent skorzysta – poza tym, że będzie inny nośnik informacji o tym, że otrzymał receptę – z całej tej nowej platformy, bo – jak rozumiem – głównym zyskiem, jaki na razie państwo nam przedstawiają, jest możliwość taka, że zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i NFZ, będą mieć pełniejszą kontrolę nad tym, co się dzieje w poszczególnych placówkach służby zdrowia, jak mniej więcej wędrują leki i czy pacjent, nie daj Boże, dwukrotnie zapisał się w kolejce. To są korzyści z punktu widzenia administracji, ale, co zyskają dodatkowo pacjenci i co zyska świadczeniodawca, a więc lekarz, na jakimś etapie.

I kolejny element, którego mi tu zabrakło. Jakie będą koszty utrzymania tych wszystkich systemów? Może by państwo zechcieli przypomnieć, ile w ogóle kosztuje stworzenie tych wszystkich systemów, i to zarówno tych, które działają w NFZ, jak i tych, które są tworzone przez Ministerstwo Zdrowia.

I ostatni element. Zastanawiam się czasem, czy tworzenie kolejnych bytów, baz teleinformatycznych jest potrzebne, bo państwo chwalą się tym, że dzisiaj eWUŚ jest coraz bardziej skuteczny – i chyba rzeczywiście tak jest – ale, z drugiej strony pojawia się pytanie, czy warto było w ogóle tworzyć eWUŚ, skoro jest ZUS, w którym są informacje o tym, czy ludzie są ubezpieczeni, czy nie. Przecież wystarczyłoby, żeby lekarz wysłał zapytanie do ZUS i efekt byłby podobny – miałby odpowiedź, czy pacjent jest ubezpieczony, czy nie. A na wyłączne potrzeby NFZ stworzyli państwo oddzielną bazę danych i system teleinformatyczny, który zajmuje się tylko tym, co ZUS już ma w swoich danych, i dodatkowo potrzeba przesyłania informacji pomiędzy ZUS a Narodowym Funduszem Zdrowia. Przepraszam, że może czasem używałem niefachowego słownictwa, ale mam nadzieję, że jasno zadałem pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo panu posłowi. Teraz ma głos pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (niez.):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Trochę jestem w kłopocie, dlatego, że pan poseł już wyczerpał pewne kwestie, o które chciałem zapytać, będę więc tylko oczekiwać na odpowiedź. Jednak, przede wszystkim, chciałbym podziękować za prezentację i materiały, które dostaliśmy na iPady. Mnie zawsze bardzo interesowała informatyzacja, myślę więc, że dopiero wprowadzenie w pełni kompleksowej informatyzacji w ochronie zdrowia pozwoli na naprawdę skuteczne zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Chciałoby się powiedzieć szanownym państwu ministrom i dyrektorom – szybciej, więcej, dalej!, żebyśmy szybciej doszli do tego konsensusu.

Natomiast, wydaje mi się, że nieporuszanym tutaj, a nieodzownym elementem informatyzacji, który może stoi nieco z boku, ale o który chciałbym zapytać, jest telemedycyna. Ona wiąże się z informatyzacją i z olbrzymimi korzyściami dla systemu ochrony zdrowia, jak wydaje się w świecie – Australii, Finlandii, Izraelu – a także z potężnymi korzyściami dla pacjenta. Chciałbym zapytać, między innymi... Oczywiście, różnego rodzaju części telemedycyny mamy uregulowane w naszych ustawach. One w pewnym momencie jakby dają zielone światło, ale drugiej strony, stanowią pewne bariery. Nie jest to też produkt finansowany z Narodowego Funduszu Zdrowia. Pytanie do pana ministra – czy można się w niedalekiej przyszłości spodziewać kompleksowych uregulowań, żeby słowo „telemedycyna" zaistniało w naszym słownictwie prawnym, w legislacji. Tym bardziej, że w tej chwili w służbie zdrowia jest nam bardzo potrzebna innowacyjność.

W piątek na posiedzeniu Senatu w Śląskim Uniwersytecie Medycznym przedstawiamy duży projekt aplikujący o środki unijne, na temat telemedycyny w onkologii, kardiologii i w przypadku cukrzycy. Chciałbym, żeby tam doszła również opieka perinatalna, opieka telemedyczna w okresie ciąży, czyli w domu, a w przyszłości, być może, mobilne szpitale. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Widzę jeszcze jedno zgłoszenie. Czy ktoś z państwa posłów jest jeszcze chętny? Jeśli nie, to zamykam listę. Bardzo proszę, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Chciałabym zapytać przedstawicieli Ministerstwa, czy mają rozeznanie, jak świadczeniodawcy na dzisiaj są przygotowani do właściwego wypełniania informatyzacji i do całej struktury informatycznej. Myślę, że to jest istotne – co tu już padło – żeby zasilać ten system, ale żeby zasilać, to trzeba mieć po tej drugiej stronie instrumenty. Jest więc pytanie, czy Ministerstwo ma to rozeznanie, a jeżeli tak, to czy mogłoby przedstawić, jak w tej chwili świadczeniodawcy – nie tylko szpitale, ale i inni świadczeniodawcy, chociaż chodzi mi głównie o szpitale, bo to jest największy koszt – są do tego przygotowani.

Chciałabym tu również podkreślić, że bardzo często państwo opracowują fantastyczne programy informatyczne, które mają być wielkim ułatwieniem, a potem okazują się utrapieniem. Mamy, między innymi, system informatyczny DILO, w przypadku którego każdy twierdzi, że jest wspaniały, a w rezultacie cały pakiet onkologiczny stanął właśnie na systemie informatycznym DILO. I właściwe to wszystkie pytania.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Padły pytania, jest więc oczekiwanie na odpowiedzi. Rozumiem, że rozpoczyna pan minister Neumann.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Tak jest.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Proszę bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Oczywiście, uzupełnią panowie ministrowie, natomiast, ja chciałbym odnieść się do kilku rzeczy. Pani profesor Hrynkiewicz była zażenowana prezentacją i swój wywód na tym zażenowaniu oparła. Prosiłbym tylko, pani poseł, żebym ja nie musiał być zażenowany słuchając wywodów pani poseł, która przynajmniej powinna znać proces legislacyjny. Jeżeli mówię, że ustawa staje na posiedzeniu Komitetu do Spraw Cyfryzacji, to potem już nie ma żadnych konsultacji międzyresortowych, nie ma konsultacji społecznych, tylko staje na posiedzeniu Komitetu Stałego Rady Ministrów, potem Rady Ministrów i idzie do Sejmu. Mówienie więc o tym, że będziemy czekać ileś miesięcy na konsultacje jest co najmniej nieporozumieniem, więc nie starajmy się żenować nawzajem, bo to niepotrzebny poziom dyskusji. Gdyby też pani słuchała uważnie tego, co mówię, to usłyszałaby, że przed wakacjami trafi do Sejmu i będziemy nad nią procedować. I jestem przekonany, że przy normalnej, dobrej, wcale nie szybkiej pracy, zdążymy tę ustawę uchwalić jeszcze w tej kadencji.

I prosiłbym nie łączyć informatyzacji w ochronie zdrowia z wyborami, z prawami wyborczymi poszczególnych obywateli, bo to nie ten poziom dyskusji i naprawdę jedno z drugim nie ma nic wspólnego. Mamy zupełnie inną sytuację w ochronie zdrowia, a czym innym są wybory na jakikolwiek szczebel władzy w kraju. To jest rzecz ważna.

Ta część, którą buduje Ministerstwo Zdrowia, będzie zasilana danymi, które dzisiaj posiada Narodowy Fundusz Zdrowia. Będzie zasilana danymi z tych placówek, które dzisiaj lub w przyszłości wprowadzą elektroniczną dokumentację medyczną – a zgodnie z ustawą, elektroniczną dokumentację medyczną muszą wprowadzić w 2017 r. wszystkie placówki ochrony zdrowia. Będzie zasilana danymi z każdej wizyty pacjenta, z każdego zdarzenia medycznego, z każdej wystawionej recepty i każdego wystawionego zlecenia. Tym będzie zasilany ten system. Zatem, dzisiaj nie martwiłbym się tym, że ktoś w bazie PESEL ma taki czy inny problem, bo to naprawdę jest rzecz drugorzędna. Istotą będzie zdarzenie medyczne, czyli wizyta pacjenta u lekarza i opis tej wizyty na koncie pacjenta.

Oczywiście, nie będzie też tak, że pierwszego dnia te trzydzieści, czy – jak stwierdził pan poseł – dwadzieścia kilka milionów ludzi będzie mieć konto internetowe, bo to jest niemożliwe. Proces zakładania takiego konta będzie trwać, ale staramy się znaleźć

takie rozwiązania legislacyjne i zachęty, żeby ten proces przebiegał szybko i można go było robić w wielu miejscach. Pamiętajmy, że to jest konto pacjenta, czyli moje, i dostęp do niego powinienem mieć tylko ja jako pacjent, więc musi być ono zabezpieczone. Takie konto nie może być zakładane hurtowo, dla wszystkich, bo takiej możliwości nie ma. Każdy z nas będzie musiał takie kontro założyć. Staramy się znaleźć takie narzędzia informatyczne, czy ułatwiające dostęp spersonalizowany w danym... Myślimy o pewnych placówkach nie tylko NFZ, ale i o innych miejscach, gdzie chcielibyśmy dać możliwość zakładania takich kont, żeby to było masowe, bo konto daje pacjentom sporo. Nie jest tak, że pacjent z tego systemu nic nie ma. Pacjent mając na koncie historię swojego leczenia, swoich wizyt, recept, idąc do kolejnego specjalisty, do kolejnego lekarza, pokazuje mu historię swojej choroby.

Dzisiaj dokumentacja pacjenta znajduje się w wielu miejscach, w zależności od tego, gdzie się leczy. Jest w kilku przychodniach, w poradniach specjalistycznych, u lekarza rodzinnego, w szpitalach. Na drodze swej choroby spotyka wielu specjalistów. Każdy zakłada mu dokumentację, której kolejny specjalista często nie widzi, bo nie wie o tym, że pacjent tam był. Będzie to wszystko złożone w jednym miejscu i każdy kolejny lekarz specjalista zajmujący się tym pacjentem będzie mieć dostęp przynajmniej do wiedzy o tym, co tego pacjenta spotkało w drodze zanim do niego trafił. I będzie mógł sięgnąć także do badań, które były zrobione, i są wykonane w danej placówce medycznej. Będą one dostępne na ich serwerach, żeby uzyskać te dane. Zatem, będzie to znacznie łatwiejsze narzędzie dla lekarza do prowadzenia pacjenta, a także dla pacjenta. Będzie to mieć także znaczenie, jeśli chodzi o leki, ilość recept i interakcje między lekami, bo dzisiaj lekarz niekoniecznie musi wiedzieć, jakie leki zaordynował inny lekarz. To wszystko będzie widoczne na tym koncie. Zatem, aby...

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Panie ministrze, czy dane historyczne też tam będą, czy tylko te od roku 2017.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Będą dane, które dzisiaj są wprowadzane do systemu. Jeżeli dzisiaj placówki mają elektroniczną dokumentację e, to mają to w swoich bazach danych. Tam, gdzie to jest w formie papierowej, musiałaby nastąpić archiwizacja. Tak naprawdę, zależeć to będzie od placówki, bo my sięgamy do ich zbioru danych. Im szybciej założymy kontro, tym szybciej będziemy mieć swoje zdarzenia medyczne. Dzisiaj te dane są już zbierane. Jeżeli założymy konto, to pojawią się na nim częściowo dane z historii. To, co ma z tego pacjent, i co ma z tego lekarz.

Oczywiście, przez spersonalizowane karty pacjenta rozumiemy to, że każdy otrzyma swoją imienną kartę. Na początek, Karta Specjalisty Medycznego, właśnie po to, żeby lekarz czy diagnosta, czy pielęgniarka czy ktokolwiek inny z systemu mógł podpisać dokumentację, bo to będzie podpis oznaczający, że w tej dokumentacji elektronicznej moja diagnoza, moja recepta jest podpisana przeze mnie. To jest pierwsza karta. Drugą kartą będzie Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, czyli każdego z nas, pacjentów. I to będzie klucz do systemu, do weryfikacji mnie w systemie, żeby łatwo było wejść na moje konto i żeby lekarz mógł spokojnie ze mną pracować. Zatem, ta personalizacja polega na tym, że karty będą imienne dla każdego. W przypadku lekarzy, a także diagnostów, będzie to prawdopodobnie połączone jeszcze z prawem wykonywania zawodu. Pielęgniarki zastanawiają się, czy o to prawo wnieść, czy nie. Opcjonalnie to będzie. To odnośnie do tych kart.

Oczywiście, prawda jest taka, że pójście tylko z SMS-em do apteki nie powoduje wydania leku, ale nie chodzi o wydawanie leku przez Internet, tylko o skrócenie drogi czy dostępu do recepty w sposób nieograniczony, w każdym momencie i w każdym miejscu w kraju, nie biorąc jej z domu, bo jest ona w ogólnym rejestrze i każda apteka będzie w stanie do tej recepty dotrzeć, kiedy podam kod. Zatem, dostęp do leków – moim zdaniem – na pewno nie zmaleje, a się zwiększy. To są te elementy.

Było pytanie o telemedycynę. To jest pierwszy element. Budowanie tego systemu jest pierwszym elementem do budowania telemedycyny jako drugiego kroku, ponieważ będziemy mieć dane, będziemy mieć przygotowane badania, diagnostykę i wtedy

można będzie korzystać z telemedycyny, bo będzie zasób informacji do tego, żeby zweryfikować diagnozę, potwierdzić ją czy skorzystać z porady. To jest drugi element, o którym mówimy w ustawie, bo dzisiaj rzeczywiście – jak stwierdził pan poseł Ziętek – nie ma legislacji w Polsce, nie ma opisanej telemedycyny. W tej nowej ustawie – w propozycji – telemedycyna jest już opisana, a także jest nasza aplikacja, propozycja do Nowej Perspektywy Finansowej, żeby ten dzisiejszy projekt, który zakończymy, uzupełnić projektem związanym z telemedycyną, żeby ułatwić jednostkom, lekarzom, szpitalom czy przychodniom korzystanie z tego projektu. To jest kolejny krok.

Prosiłbym, panie dyrektorze, żeby pan teraz przedstawił szczegółowe dane, a potem – jak rozumiem – pan dyrektor Ujejski.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski:

Dziękuję bardzo. W uzupełnieniu wypowiedzi pana ministra powiem tylko, że Aplikacja Usługodawców i Aptek, która jest jednym z produktów Platformy P1, darmowym, który zmierzamy dostarczyć, rzeczywiście jest przeznaczona dla wszystkich pracowników medycznych, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu, niezależnie od tego, czy to jest lekarz POZ czy jakikolwiek inny, czy gdziekolwiek indziej wykonuje swoje usługi.

Jeżeli chodzi o proces przenoszenia na nową Platformę P2 systemów już działających, to absolutnie nie zakładamy likwidacji baz danych. Zmienia się technologia, natomiast, wraz ze zmianą technologii następuje migracja tych danych archiwalnych. I te dane cały czas są. My na tych danych cały czas operujemy, tylko zmieniają się trochę sprzęt, licencje... Wykorzystywana jest do tego nowoczesna platforma – bezpieczniejsza, wydajniejsza, o bardziej przyjaznym interfejsie.

O przewidywanych efektach pan minister już wspomniał. Ja tylko powiem, że docelowo z Platformy P1 będą korzystać wszyscy obywatele, bo o ile dzisiaj w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta mamy ponad milion kont, o tyle w przypadku wejścia w życie obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, czy wejścia w życie wyłącznie recept w postaci elektronicznej, nawet, jeżeli ktoś nie zdecyduje się na założenie IKP czy ZIP, to z recepty i tak będzie korzystać, nawet jeżeli będzie mieć wydruk papierowy. Zatem, w sposób pośredni i tak wszyscy będą z tych projektów korzystać.

Jeżeli chodzi o koszty wytworzenia i utrzymania, to łączny koszt wytworzenia Platformy P1, P2 i P4 oscyluje w okolicy 800 mln zł, przy czym roczny koszt utrzymania szacujemy dzisiaj w wysokości około 80 mln zł. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan dyrektor z NFZ. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Informatyki NFZ Marek Ujejski:

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie posłanki, panowie posłowie, odpowiem na pytania w sekwencji, jeżeli dobrze zanotowałem. Może najpierw pytanie podniesione przez panią poseł, czy mamy doświadczenie z Europy i ze świata, jak generalnie wygląda budowa takich systemu, i jakie są korzyści. Odpowiedź moja brzmi tak – od 2007 r. Narodowy Fundusz Zdrowia bierze udział w konferencjach międzynarodowych, w wyjazdach. Ja ostatnio byłem w 2014 r. w Bayerische Krankenkasse, gdzie z dyrektorem tamtejszej izby wymieniłem szczegółowe uwagi, a właściwie, otrzymałem uwagi dotyczące funkcjonowania nowo wdrażanej niemieckiej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Doświadczenia z tamtego niemieckiego projektu zostały przez nas bardzo szczegółowo przeanalizowane i będą mieć zastosowanie w naszym projekcie.

Pierwotne dane dotyczące w ogóle projektów kart ubezpieczenia zdrowotnego pochodziły z projektu francuskiego, który szczegółowo analizowaliśmy w kontakcie z naszymi francuskimi kolegami. Analizowaliśmy wdrożenie w mniejszym kraju, Słowenii, i mamy też doświadczenia i informacje pochodzące z Włoch, z karty socjalnej. To jest trochę inna karta, ale również zawierająca funkcjonalność dotyczącą statusu ubezpieczenia. Ponadto, chciałbym stwierdzić, że jako przedstawiciel Ministra Zdrowia brałem i biorę udział w projektach europejskich. Jednym z nich jest Projekt epSOS polegający na transgra-

nicznej wymianie informacji dotyczącej statusu zdrowia oraz możliwości transgranicznej realizacji recept. Projekt ten 2 lata temu przejął od nas CSIOZ, zgodnie z właściwością merytoryczną. Biorę również udział w grupie roboczej Komisji Europejskiej zajmującej się projektem, który ma doprowadzić do pełnej transgranicznej informacji pomiędzy wszystkim państwami członkowskimi Unii Europejskiej o statusie ubezpieczenia społecznego, czyli nie tylko zdrowotnego, ale i rentowych, emerytalnych. Oczywiście, każda z naszych instytucji, czyli ZUS, KRUS i my, jesteśmy w ten projekt włączeni. Bierzemy również udział – to już nie ja, tylko mój kolega – w bardzo dużym europejskim projekcie, którego istotnym elementem będzie wdrożenie czegoś w rodzaju paneuropejskiego systemu eWUŚ. Na razie jesteśmy „dogadani" z częścią krajów – nie chciałbym jeszcze wymieniać konkretnych nazw. Wygląda na to, że również uda się uruchomić weryfikację online. Jest to najtańsza i najprostsza metoda weryfikacji uprawnień. Pragnę przypomnieć, że obecnie weryfikacja uprawnień obywateli Unii Europejskiej za granicą odbywa na podstawie plastykowej karty, tak zwanej EKUZ – Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego – która miała być rozwiązaniem tymczasowym i generalnie nie jest dobrym narzędziem. Dla Polski jest ona narzędziem wyjątkowo kosztownym ze względu na to, że wielu obywateli polskich wyjeżdża za granicę na długie okresy, także do pracy, i korzysta z tej karty bezprawnie, bez tytułu, natomiast data ważności tej karty wyznacza zobowiązanie Funduszu do zapłaty za świadczenie udzielone w warunkach określonych w odpowiedniej dyrektywie europejskiej. Czyli, krótko mówiąc, zastąpienie tej karty systemem online, takim, jak europejski eWUŚ, będzie niezwykle korzystne. Stąd też bierze się uciążliwość dla obywateli – wydajemy te karty na krótkie terminy właśnie dlatego, żeby nie ponosić obciążenia, bo dyrektywa mówi jasno, jeżeli jest oznaczona data ważności tej karty, to państwo członkowskie jest obowiązane do zapłaty w tym terminie, do którego karta była ważna. Mam nadzieję, że to wyczerpuje odpowiedź na wątpliwości pani posłanki odnośnie do naszego doświadczenia w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o kartę, było tu użyte przeze mnie sformułowanie „spersonalizowana". Jak pan minister powiedział, spersonalizowane, to znaczy, wydane dla konkretnej osoby. Natomiast, jak tu wspominaliśmy, są karty przeznaczone dla specjalistów medycznych. Tych osób w Polsce jest około pół miliona – tyle zidentyfikowaliśmy – w tym około 100 tys. lekarzy. I tej grupie zawodowej karta będzie wydana w pierwszej kolejności.

Jeżeli chodzi o ubezpieczonych, a dokładnie mówiąc uprawnionych, to jest to liczba rzędu około 33 milionów. Pragnę zapewnić, że wszyscy tę kartę otrzymają, a także, jak mówiłem... Słucham? Nie osobom, które mają uprawnienie na dzień wydania karty. Po prostu będzie ustalony dzień, w którym ustalamy tytuł do wydania kolejnej partii kart. Jeżeli te osoby mają ważny tytuł potwierdzony w naszej bazie, w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, to tym osobom karta będzie wydana bezpłatnie. Odpłatnie będzie wydana tylko tym osobom, które nie mają tytułu do ubezpieczenia, a które wyraziły taką wolę otrzymania karty.

Nie było tu zbyt wiele czasu, żeby szczegółowo wyjaśniać, jaka jest funkcjonalność tej karty, ale są dwie podstawowe. Pierwsza, to – jak pan poseł wspomniał – funkcja kontrolna, a polega ona na tym, że ogólnie pod informacją płynącą od świadczeniodawcy do Funduszu składany jest podpis elektroniczny. Są to właściwie dwa podpisy, czyli podpis kontrasygnatą – podpis ze strony karty pacjenta, w pierwszej fazie projektu bezpinowy, bo nie chcemy pacjentów obciążać koniecznością pamiętania PIN-u, i drugi podpis, złożony przez Kartę Specjalisty Medycznego. Te dwa podpisy są niezaprzeczalnym dowodem, w świetle ustawy o podpisie elektronicznym, zajścia pewnego zdarzenia. Czyli, na tej podstawie możemy znacząco – tak się spodziewamy – ograniczyć liczbę fraudów w systemie. Pytanie o efekty...

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Czy ta karta będzie bezterminowa?

Zastępca dyrektora Departamentu Informatyki NFZ Marek Ujejski:

Karta nie będzie bezterminowa, bo certyfikat musi być odnawiany. To wynika z przepisów dotyczących działalności certyfikacyjnej, i – o ile pamiętam – ustaliliśmy ten okres na 10 lat. Pani dyrektor kiwa głową, czyli dobrze powiedziałem. Tak więc, po tym okre-

sie wznowiony certyfikat będzie wydany automatycznie bez konieczności udawania się gdziekolwiek. I w pierwszym kontakcie tej karty z czytnikiem systemu nowy certyfikat zostanie osadzony na karcie. Nie powoduje to więc żadnej dolegliwości dla pacjentów.

Jeżeli chodzi o efekty ekonomiczne, to, proszę państwa, kraje Unii Europejskiej – zebraliśmy bardzo dokładny materiał – szacują poziom fraudów w swoich krajach od 2% do 5% nakładów przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych, oczywiście tych finansowanych ze środków publicznych. W wypadku Francji jest to 5%. My, w ocenie skutków regulacji projektu ustawy, o którym była mowa, przyjęliśmy bardzo ostrożne założenie, że ograniczymy ten poziom fraudów do1%, czyli pięciokrotnie mniej niż w wypadku Francji, dodam, kraju bardzo zaawansowanego technologicznie. W przypadku budżetu, jakim dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, jest to kwota 650 mln, czyli wprowadzenie tej karty, przy bardzo ostrożnych założeniach, pozwoli odzyskać – jak można powiedzieć – dla systemu i skierować na właściwe cele, czyli leczenie pacjentów, dodatkowe 650 mln. I to jest kwota, o którą warto zawalczyć.

Pytanie, czy zwiększy się liczba użytkowników systemów elektronicznych. Proszę państwa, z jednej strony, jak powiedziałem, są dwie funkcje karty. Pierwsza, to podpis, a druga, to narzędzie do identyfikacji i uwierzytelnienia. Samo wydanie tej karty nie zwiększy oczywiście liczby użytkowników systemów elektronicznych, ale jest jedna istotna sprawa, o której chciałbym powiedzieć. Karta, jeżeli chodzi o funkcję identyfikacji i uwierzytelnienia, jest ważna przede wszystkim dla lekarzy przyjmujących pacjentów z zagranicy i mających możliwość, i obowiązek w pewnych sytuacjach, otrzymania dostępu do danych medycznych zgromadzonych w krajach, które takie systemy jak P1 wdrożyły już u siebie. Czyli, dostępu do danych medycznych pacjentów z innych krajów, a także obywateli polskich, którzy w trakcie leczenia zostawili tam pewne dane. I tu wchodzi nowe prawo europejskie.

To jest regulacja, czyli rozporządzenie Rady Europy i Parlamentu Europejskiego, które weszło w życie w połowie ubiegłego roku, w sierpniu, dotyczące identyfikacji, uwierzytelnienia i usług zaufanych. To rozporządzenie zastępuje ustawę o podpisie elektronicznym w relacjach transgranicznych. Do tego rozporządzenia Polska będzie musiała wydać ustawę o usługach zaufanych, i musi to wejść przed połową 2016 r. Czyli, to narzędzie, o którym mówimy, będzie mogło być używane także transgranicznie. Kraj członkowski Unii nie będzie mógł odrzucić identyfikacji dokonanej przez system, który został notyfikowany zgodnie z zasadami, które są w tej chwili przedmiotem pracy grupy roboczej Komisji Europejskiej, w której pracach uczestniczę z nominacji Ministra Administracji i Cyfryzacji. Tak więc wydaje się, że uruchomienie tego systemu da pewne narzędzia, które, po pierwsze, spowodują większe zainteresowanie obywateli dostępem do różnego rodzaju gromadzonych danych. Po drugie, da możliwość działania transgranicznego, co zrówna szanse Polski na niwie Unii Europejskiej.

Koszty utrzymania systemu. Jeżeli mówimy o systemie eWUŚ, to przypomnę dane, które podawałem rok temu – tu nic się nie zmieniło. Jeśli chodzi o nakłady, była to kwota naprawdę niewielka – 10 mln zł, a polegało to na dostosowaniu systemów, które już posiadamy. Jeżeli mówimy o największym projekcie, czyli o RUM II, to skutki zapewne państwo już znają z oceny skutków regulacji. Zgodnie z metodyką Ministerstwa Finansów, w rachunku ciągnionym 2 razy 10 – bo taka projekcja została wykonana – łączne nakłady i koszty utrzymania – tu są szybkie efekty ekonomiczne ujęte... System będzie kosztować w układzie dziesięcioletnim około 800 mln zł. Myślę, że to jest odpowiedź na pytania dotyczące kosztów.

Jeżeli chodzi o ostatnie pytanie, dlaczego nie bierzemy tych danych tylko z ZUS, odpowiem, panie pośle, że z prostej przyczyny. ZUS posiada tylko część informacji, dlatego, że mamy jeszcze KRUS i inne instytucje, na przykład, samorządy, które mają prawo nadania takiego tytułu. Tak więc ZUS nie posiada kompletnej informacji. Dopiero po agregowaniu w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, którym zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia, daje pełną informację. I dlatego CWU i eWUŚ są podstawą do weryfikacji uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Jeszcze nie odpowiedział pan, czy IKP i ZIP będą działać równolegle obok siebie.

Zastępca dyrektora Departamentu Informatyki NFZ Marek Ujejski:

To znaczy, z systemem eWUŚ jest tak. eWUŚ stanie się częścią systemu RUM II, bo właśnie tym, co będzie inicjować automatycznie odczytanie danych z eWUŚ, będzie włożenie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. W tym momencie już nie trzeba będzie wpisywać ręcznie numeru PESEL, co znacznie ułatwi pracę świadczeniodawcom, bo system automatycznie zwróci się do obecnego systemu eWUŚ, a eWUŚ odpowie dokładnie tą samą informacją, którą odpowiada dzisiaj. Ponadto, system eWUŚ jest w ustawie przewidziany jako rozwiązanie awaryjne, bo pacjent z różnych powodów może przy sobie takiej karty nie posiadać. Jest to jednak ścieżka drugiego wyboru – tak można powiedzieć – w sytuacji, gdy pacjent nie dysponuje kartą.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Jeszcze o głos poprosił pan przewodniczący Latos. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, dosłownie dwa zdania. Chciałbym zapytać, czy w ramach tych ułatwień dla pacjentów z wpisywaniem w kolejkę, będzie taka możliwość, że system pozwoli na zamianę między pacjentami. Możemy sobie wyobrazić sytuację taką, że ktoś wyjedzie, zachoruje, i żeby nie wypadać z kolejki zamieni się z innym pacjentem na inny dzień. Czy będzie to w systemie możliwe? I wreszcie, czy system będzie uwzględniać osoby uprzywilejowane. Mylę chociażby o grupie kombatantów. To tylko tyle, i przepraszam, że jeszcze dopytuję.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś chciałby odpowiedzieć na to pytanie?

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Panie przewodniczący, każdy ma prawo zarządzać tylko swoim skierowaniem, nie ma prawa do zarządzania skierowaniem innej osoby, więc będzie mógł sam zmienić swoje skierowanie, przenieść termin na inny, późniejszy. To będzie mógł zrobić, ale nie będzie mógł krzyżowo z kimś innym się zamieniać. Takiej możliwości system nie daje. Natomiast, wszystkie uprawnienia będą opisane w skierowaniu, więc one będą mieć... Tak, jak dzisiaj mają one wersję papierową, będą mieć elektroniczną.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie dyrektorze, proszę mnie dobrze zrozumieć. Ponieważ wszystko jest jeszcze na etapie tworzenia, chciałbym zaproponować państwu uwzględnienie tego, kiedy będzie zgoda obu stron i ktoś się zamieni, żeby nie było sytuacji, że ktoś wypadnie na koniec kolejki, za 2 lata... Sądzę, że warto o tym pomyśleć.

Podsekretarz stanu w MAC Bogdan Dombrowski:

Dziękuję bardzo. Pan minister Dombrowski prosił jeszcze o dwa zdania.

Podsekretarz stanu w MAC Bogdan Dombrowski:

Dwa zdania. Chciałbym wyjaśnić pani poseł, pani profesor, że moje kiwnięcie głową nie oznaczało, że znam jakiś inny, niekonstytucyjny termin wyborów parlamentarnych. Natomiast, termin, który jest określony dla tego projektu, wynika z tego faktu, iż w ubiegłym roku firma, która realizowała tę część Integratora i Szyny Usług, odstąpiła od projektu. W związku z tym, procedura powołania kolejnej firmy spowodowała, że ten harmonogram został przesunięty. Ale to wynika z faktów, bo są podpisane umowy, przyjęty harmonogram przez beneficjenta, a w tym procesie – co chcę zauważyć – uczestniczy instytucja zarządzająca, czyli Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Finansów i my, tak więc to nie jest taki proces, który wymyka się spod kontroli. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, krótkie podsumowanie, i będziemy kończyć, ponieważ jesteśmy tuż przed 16.00. Jak się okazuje, przechodzenie od medycznej dokumentacji papierowej do cyfrowej jest trochę trudne i skomplikowane, ale rozumiem, że jest wyzwanie, jest robota. Życzę więc wszystkim, którzy przy tym pracują, aby przeprowadzić to skutecznie, racjonalnie i dla dobra pacjenta.

Wszystkim państwu dziękuję za obecność. Zamykam wspólne posiedzenie Komisji.